

Diretrizes Assistenciais para Enfrentamento da COVID-19

9ª Versão - 30/04/2021

Responsáveis pela versão atual
Diretoria Assistencial | DIRASS

Diretrizes Clínicas Protocolos Clínicos

HISTÓRIA DA DOENÇA E ESTRATIFICAÇÃO DOS CASOS CLÍNICOS

Disponível em www.fhemig.mg.gov.br
e na intranet

Diretrizes Assistenciais para o Enfrentamento da COVID-19

2021

ORGANIZADORES

Maria Thereza Coelho Papatela Jabour (coordenador)

Lucinéia Maria de Queiroz Carvalhais Ramos

Aline Cândido de Almeida Pinto Mendes

Gui Tarcísio Mazzoni Júnior

Guilherme Freire Garcia

Isabella Manetta de Morais

Lara Drummond Pava

9ª versão - BELO HORIZONTE - 2021

FHEMIG

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
2. HISTÓRIA DA DOENÇA E ESTRATIFICAÇÃO DOS CASOS CLÍNICOS	10
2.1 DEFINIÇÕES DE CASOS OPERACIONAIS	10
2.1.1 CASO SUSPEITO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 (COVID-19)	10
2.1.2 FREQUÊNCIA DOS SINAIS E SINTOMAS MAIS COMUNS	11
2.1.3 CASO CONFIRMADO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 (COVID-19)	13
2.1.4 CASO DESCARTADO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 (COVID-19)	15
2.1.5 CASOS DE SÍNDROME GRIPAL (SG) OU SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG) NÃO ESPECIFICADA	15
2.1.6 CASOS RECUPERADOS	15
2.1.7 CASOS DE CONFIRMAÇÃO ANTERIOR PARA COVID-19 COM RESSURGIMENTO DE SINTOMAS	15
2.1.8 NOVAS VARIANTES DE SARS-COV-2	16
2.2 DEFINIÇÕES GERAIS	18
2.3 NOTIFICAÇÕES DOS CASOS	20
2.4 TRANSMISSÃO	23
2.5 PERCENTUAL DE CASOS E GRAVIDADE	25
2.6 IDADE E COMORBIDADES	25
2.7 ESTRATIFICAÇÃO DOS QUADROS CLÍNICOS	31
2.7.1 DOENÇA NÃO COMPLICADA: SINTOMAS INESPECÍFICOS DE DOENÇA VIRAL DE VIAS AÉREAS (DOENÇA LEVE)	31
2.7.2. PNEUMONIA LEVE	32
2.7.3. PNEUMONIA GRAVE	33
2.7.4. SÍNDROME RESPIRATÓRIA DO ADULTO GRAVE - SRAG	34
2.7.5 SEPSE	34
2.7.6 CHOQUE SÉPTICO	35

1. INTRODUÇÃO

Autoras:

Ana Carolina Amaral de Castro Hadad

Lucinéia Maria de Queiroz Carvalhais Ramos

Maria Thereza Coelho Papatela Jabour

Os Coronavírus compõem uma família de vírus que causam infecções respiratórias. O novo coronavírus (SARS-CoV-2) foi identificado em 31/12/19, após casos registrados na China. Esse vírus é o causador da doença chamada *Corona Virus Disease 2019* (COVID-19), ou, em português, Doença do Coronavírus.

Os primeiros coronavírus humanos foram isolados pela primeira vez em 1937. No entanto, foi em 1965 que o vírus recebeu o nome coronavírus, em decorrência de seu perfil na microscopia eletrônica, semelhante a uma coroa.

A maioria das pessoas se infecta ao longo da vida com cepas de coronavírus comuns, sendo as crianças pertencentes a faixas etárias menores, as mais propensas a se infectarem com os tipos mais comuns desses vírus. Os coronavírus mais comuns que infectam humanos são o alpha coronavírus (229E e NL63) e o beta coronavírus (OC43, HKU1).

Entre os anos de 2002 e 2003, um tipo específico de coronavírus, o SARS-CoV, provocou um surto de Síndrome Respiratória Aguda Grave na China, com mais de 900 mortes e 14 países afetados. No final do ano de 2019, um subtipo desse vírus, denominado SARS-CoV-2, foi identificado como o causador de nova epidemia de Síndrome Respiratória Aguda Grave, a princípio localizada em Wuhan na China.

A partir de então, houve rápida disseminação do SARS-CoV-2 em nível mundial. Em 11/03/2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou a situação de pandemia da COVID-19, diante da detecção do vírus em vários continentes com transmissão sustentada.

Considerando a rápida progressão exponencial do número de casos de COVID-19 no Brasil e em Minas Gerais, os quais decretaram Estado de Calamidade Pública, bem como o potencial de gravidade dessa doença, a qual exige manejo técnico-assistencial específico, a Diretoria Assistencial - DIRASS elaborou esse Protocolo de Diretrizes Assistenciais para Enfrentamento da COVID-19, com objetivo de padronizar as ações assistenciais a serem executadas no âmbito da Rede da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). Esse documento visa orientar a equipe assistencial, a fim de

se promover uma resposta mais rápida e eficaz à pandemia, sem deixar de serem observadas as premissas de segurança sanitária, do paciente e do trabalhador.

Neste contexto, com finalidade de descrever a resposta à pandemia de COVID-19 para a população do Estado, a FHEMIG também elaborou o Plano de Capacidade Plena Hospitalar em Resposta à Pandemia de COVID-19 (PCPH-COVID-19/FHEMIG), atualmente em sua quinta versão, no qual faz a oferta de leitos clínicos e de terapia intensiva, de acordo com o acionamento de três fases, a depender da situação epidemiológica e da demanda por internações no Estado. O documento está publicizado no site da FHEMIG para a consulta de todos.

Importante ressaltar que esse Protocolo se trata de sua nona versão, a qual poderá ser alterada a qualquer tempo, diante do dinamismo do contexto epidemiológico, o qual exige adaptações constantes nas ações de saúde a serem implementadas.

Especificamente nessa versão ocorreram:

- Atualização dos dados epidemiológicos do Brasil e de Minas Gerais no Capítulo 2: HISTÓRIA DA DOENÇA E ESTRATIFICAÇÃO DOS CASOS CLÍNICOS, subcapítulo 2.6: IDADE E COMORBIDADES;
- Inclusão de diretrizes para utilização de Teste Rápido de Antígenos COVID-19 em Maternidades no subcapítulo: 3.1.2 TESTES DIAGNÓSTICOS ESPECÍFICOS DA COVID-19 do Capítulo 3: MANEJO CLÍNICO DOS PACIENTES SUSPEITOS OU QUE TENHAM TESTADO POSITIVO PARA COVID-19 e no subcapítulo 5.11 MATERNIDADE do Capítulo 5. ORIENTAÇÕES GERAIS POR SETORES ASSISTENCIAIS;
- Atualização do subcapítulo 3.5 TRATAMENTO DA INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA: PRINCÍPIOS BÁSICOS;
- Atualização do Capítulo 6: ISOLAMENTO, CONTROLE DE SURTOS E VIGILÂNCIA DE PACIENTE, ACOMPANHANTES, VISITANTES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE;
- Inclusão do Capítulo 11: A COMUNICAÇÃO E A INTERAÇÃO EM TEMPOS DE PANDEMIA;
- Atualização do Capítulo 12: PLANO DE COLAPSO PARA O MANEJO DA COVID-19;
- Inclusão do ANEXO III e IV: NOTA TÉCNICA SOBRE ALTERNATIVAS TERAPÊUTICAS PARA MEDICAMENTOS EM ESTOQUE CRÍTICO

FRENTE À PANDEMIA POR COVID-19 E NOTA TÉCNICA SOBRE DILUIÇÃO DE DROGAS PARA SEDAÇÃO.

Além disso, todos demais os capítulos foram revisados e ajustados para proporcionar diretrizes atuais e de alta qualidade técnica e científica.

Dessa forma, ressaltamos que estamos em constante acompanhamento das instruções repassadas pelo Ministério da Saúde (MS) e pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES/MG), as quais também sofrem modificações frequentes, frente à rápida evolução de um processo pandêmico. Salientamos ainda que a DIRASS está em processo de atualização constante da literatura nacional e internacional sobre o tema, buscando as melhores referências para aperfeiçoamento desse Protocolo.

2. HISTÓRIA DA DOENÇA E ESTRATIFICAÇÃO DOS CASOS CLÍNICOS

Autores:

Aline Cândido de Almeida Pinto Mendes

Flávio de Souza Lima

Gui Tarcísio Mazzoni Junior

Guilherme Freire Garcia

Lucinéia Maria de Queiroz Carvalhais Ramos

Maria Aparecida Camargos Bicalho

Maria Thereza Coelho Papatela Jabour

Como a infecção pela COVID-19 é recente, deve-se ressaltar que as orientações atuais estarão sujeitas a modificações, a partir da obtenção de novos conhecimentos.

• DEFINIÇÕES DE CASOS OPERACIONAIS

2.1.1 CASO SUSPEITO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 (COVID-19)

De acordo com o Protocolo de Infecção Humana pelo SARS-CoV-2 da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais – SES/MG os casos operacionais são definidos em Síndrome Gripal e Síndrome Respiratória Aguda Grave:

Definição 1 – Síndrome Gripal (SG): Indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por pelo menos dois (2) ou mais dos seguintes sinais e sintomas: febre (1) (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou distúrbios gustativos.

- Em crianças: além dos itens anteriores, considera-se também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico.
 - Em idosos: deve-se considerar também critérios específicos de agravamento como síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência.

ATENÇÃO: Na suspeita de COVID-19, a febre pode estar ausente e sintomas gastrointestinais (diarreia) podem estar presentes.

Definição 2 – Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG): indivíduo com síndrome gripal que apresente: dispneia/desconforto respiratório OU pressão persistente no tórax OU saturação de O₂<95% em ar ambiente OU coloração azulada dos lábios ou rosto (cianose).

- Em crianças: além dos itens anteriores, observar os batimentos de asa de nariz, cianose, tiragem intercostal, sinais de desconforto respiratório, desidratação e inapetência.

2.1.2 FREQUÊNCIA DOS SINAIS E SINTOMAS MAIS COMUNS

Além da descrição de sinais e sintomas mais comuns da COVID-19, conforme exposto no Protocolo de Infecção Humana pelo SARS-CoV-2 da SES/MG, na literatura encontra-se a frequência com que esses sinais e sintomas ocorrem na doença (fonte CDC e BMJ):

Frequência de sinais e sintomas da COVID 19

<i>Sintomas</i>	<i>CDC %</i>	<i>Best Practice - BMJ %</i>
<i>Febre</i>	<i>43</i>	<i>77</i>
<i>Tosse</i>	<i>50</i>	<i>68</i>
<i>Fadiga</i>		<i>30</i>
<i>Escarro</i>		<i>18</i>
<i>Dispneia</i>	<i>29</i>	<i>38</i>
<i>Mialgias</i>	<i>36</i>	<i>17</i>
<i>Tontura</i>		<i>11</i>
<i>Cefaleia</i>	<i>34</i>	<i>16</i>
<i>Dor de garganta</i>	<i>20</i>	<i>16</i>
<i>Rinorréia</i>	<i><10</i>	<i>8</i>
<i>Diarreia</i>	<i>19</i>	
<i>Náuseas</i>	<i>12</i>	
<i>Anosmia</i>	<i><10</i>	<i>41</i>

<i>Distúrbios abdominais</i>	<10	20
<i>Dor ou opressão torácica</i>		7-23
<i>Sintomas oculares</i>		11,6
<i>Hemoptise</i>		2

Obs.: 20 a 30% dos pacientes podem ser assintomáticos (mas podem transmitir a doença)

Observações:

Outras manifestações clínicas extra pulmonares podem estar associadas à infecção por SARS-CoV-2. Estas manifestações podem incluir:

- tromboembolismo;
- alterações cardíacas (arritmias cardíacas e isquemia miocárdica);
- alterações renais (hematúria, proteinúria e insuficiência renal);
- alterações gastrointestinais (diarreia, náuseas, vômitos, dor abdominal, anorexia);
- alterações neurológicas – 11% (cefaleia, tontura, encefalopatia, acidente vascular encefálico, delírio, piora cognitiva, quedas);
- alterações hepáticas (aumento de transaminases e bilirrubinas);
- alterações endócrinas (hiperglicemia e cetoacidose diabética);
- alterações dermatológicas – 5,7% (rash eritematoso, urticária, vesículas, petéquias, livedo reticular;
- alterações olfativas (anosmia ou parosmia) e gustativas (ageusia) podem acontecer em 52% e 44% dos pacientes, havendo melhora em 4 semanas em 89%

A ausência de febre é mais frequente na COVID-19 do que na SARS-CoV (1%) e na MERS-CoV (2%). Portanto, pacientes afebris podem não ser diagnosticados como portadores de COVID-19.

Pacientes idosos e os portadores de doenças pulmonares crônicas podem apresentar saturação de O₂ inferior a 95%, previamente à COVID-19. Infecções bacterianas são incomuns, em torno de 8% dos casos.

2.1.3 CASO CONFIRMADO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 (COVID-19)

Também em consonância com o Protocolo de Infecção Humana pelo SARS-CoV-2 da SES/MG fica definido o caso confirmado de COVID-19:

Por Critério Laboratorial – Caso suspeito de SG ou SRAG com teste de:

- Biologia molecular (RT-PCR em tempo real, detecção do vírus SARS-CoV2): com resultado detectável para SARS-CoV2. Amostra clínica coletada, preferencialmente, entre o terceiro até o sétimo dia de início de sintomas, por profissional treinado, de orofaringe, nasofaringe ou trato respiratório inferior.
- Imunológico (teste rápido ou sorologia clássica para detecção de anticorpos para o SARS-CoV2): com resultado REAGENTE para anticorpos IgM e/ou IgG. Em amostra coletada após o sétimo dia de início dos sintomas. Os testes laboratoriais baseados na pesquisa de anticorpos devem ser interpretados com cautela, uma vez que a os anticorpos não são detectados na fase inicial da doença. Observação: Considerar o resultado IgG reagente como critério laboratorial confirmatório somente em indivíduos sem diagnóstico laboratorial anterior para COVID-19.

ATENÇÃO!

Serão aceitos resultados de testes que possuam registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Os resultados **positivos** serão aceitos para fins epidemiológicos. Entretanto, os resultados **negativos, não deverão** ser utilizados para descartar os casos suspeitos

Por critério clínico-epidemiológico – Caso suspeito de SG ou SRAG com:

Histórico de contato próximo ou domiciliar, nos 14 dias anteriores ao aparecimento dos sinais e sintomas com caso confirmado laboratorialmente para COVID-19 e para o qual não foi possível realizar a confirmação laboratorial.

Por critério clínico- imagem*:

Caso de SG ou SRAG ou óbito por SRAG que não foi possível confirmar por critério laboratorial E que apresente pelo menos uma (1) das seguintes alterações tomográficas:

- **OPACIDADE EM VIDRO FOSCO** periférico, bilateral, com ou sem consolidação ou linhas intralobulares visíveis ("pavimentação"), OU
- **OPACIDADE EM VIDRO FOSCO** multifocal de morfologia arredondada com ou sem consolidação ou linhas intralobulares visíveis ("pavimentação"), OU
- **SINAL DE HALO REVERSO** OU outros achados de pneumonia em organização (observados posteriormente na doença).
- *Observação: segundo o Colégio Brasileiro de Radiologia (2020), quando houver indicação de tomografia, o protocolo é de uma Tomografia Computadorizada de Alta Resolução (TCAR), se possível com protocolo de baixa dose. O uso de meio de contraste endovenoso, em geral, não está indicado, sendo reservado para situações específicas a serem determinadas pelo radiologista.

Por critério clínico:

Caso de SG ou SRAG associado a anosmia (disfunção olfativa) OU ageusia (disfunção gustatória) aguda sem outra causa pregressa, e que não foi possível encerrar por outro critério de confirmação.

Observações:

- ✓ a infecção pelo COVID-19 pode ser oligossintomática ou sem febre, sendo o teste laboratorial a única forma de confirmação de diagnóstico.
- ✓ na impossibilidade de realizar o teste, sugerimos que a identificação de casos suspeitos, que não são explicados por outra etiologia, seja feito por julgamento clínico. Deve-se avaliar a possibilidade de outras causas para a presença de febre ou tosse, como pode ocorrer nas doenças alérgicas, em outras infecções bacterianas e viróticas, em doenças malignas, dentre outras. O indivíduo pode apresentar-se afebril, porém com quadro clínico sugestivo de infecção

respiratória aguda, por associação de sintomas tais como tosse, mal estar, dor de garganta e coriza.

ATENÇÃO!

O encerramento por critério laboratorial deve ser priorizado, uma vez que a testagem está disponível para vários grupos atualmente. **Para fins de confirmação de óbitos, o critério clínico não será aceito.**

2.1.4 CASO DESCARTADO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 (COVID-19)

Considera-se caso descartado da doença, o indivíduo suspeito de SG ou SRAG com resultado laboratorial negativo para Coronavírus (SARSCoV-2 não detectável pelo método de RT-PCR em tempo real), considerando a oportunidade da coleta OU confirmação laboratorial para outro agente etiológico ou causa não infecciosa (Ex: intoxicação, hipersensibilidade, etc) quando os sinais e/ou sintomas desaparecerem por método terapêutico específico e atestado pelo médico responsável, sem vínculo epidemiológico.

ATENÇÃO!

Os resultados de testes rápidos/sorológicos negativos, não deverão ser utilizados isoladamente para descartar os casos suspeitos.

2.1.5 CASOS DE SÍNDROME GRIPAL (SG) OU SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG) NÃO ESPECIFICADA

Caso de SG ou de SRAG para o qual não houve identificação de nenhum outro agente etiológico OU que não foi possível coletar/processar amostra clínica para diagnóstico laboratorial OU que não foi possível confirmar por critério clínico epidemiológico, clínico-imagem ou clínico.

2.1.6 CASOS RECUPERADOS

Casos confirmados de COVID-19 que receberam alta hospitalar e/ou cumpriram o isolamento domiciliar de 10 dias E estão há 24h assintomáticos (sem a utilização de medicamentos sintomáticos) E sem intercorrências.

2.1.7 CASOS DE CONFIRMAÇÃO ANTERIOR PARA COVID-19 COM RESSURGIMENTO DE SINTOMAS

De acordo com dados atuais da literatura, a maioria das pessoas que tiveram infecção pelo SARS- CoV-2 ficam imunes por um período de até 3 meses. Por este

motivo, casos com ressurgimento de sintomas em menos de 90 dias após confirmação da doença, devem ter outras infecções descartadas (Ex: Influenza e outros vírus respiratórios). Principalmente nas situações de apresentação de novo quadro clínico em período acima de 90 dias do primeiro episódio confirmado laboratorialmente, deve-se suspeitar de reinfecção.

Como protocolo estadual, até que novas evidências científicas sejam comprovadas, serão adotadas as seguintes medidas:

- Casos positivos para COVID-19 com ressurgimento de sintomas em período maior ou igual a 90 dias da primeira confirmação:

Deve ser coletada uma amostra para processamento de Biologia Molecular (RT-PCR) para realização de COVID-19 e outros diagnósticos diferenciais.

- Se não identificadas outras causas e RT-PCR positivo para COVID-19, manter isolamento de acordo com avaliação médica.
- Testes sorológicos NÃO devem ser utilizados isoladamente para diagnóstico de infecção ou reinfecção.
- Todos os casos com apresentação de novo quadro clínico após 90 dias do primeiro episódio com diagnóstico confirmado por RT-PCR devem ser notificados ao CIEVS-Minas pelo e-mail: nofica.se@saude.mg.gov.br. A critério do CIEVS-Minas as duas amostras positivas poderão ser encaminhadas a FUNED para realização de sequenciamento genético para verificar presença de mutações.
- Os casos suspeitos de reinfecção devem ser novamente notificados no SIVEP-Gripe se presença de Síndrome Respiratória Aguda Grave ou no E-sus VE se Síndrome Gripal. Sempre colocar no campo de observação: "SUSPEITA DE REINFECÇÃO".

2.1.8 NOVAS VARIANTES DE SARS-COV-2

Até Janeiro de 2021, 101 milhões de pessoas foram infectadas por SARS-CoV-2 em todo o mundo, com 2,1 milhões de óbitos. No Brasil, até essa data, 9,2 milhões de pessoas já foram infectadas pelo SARS-CoV-2 com mais de 224.000 óbitos.

Com uma taxa de circulação tão alta, são esperadas que novas linhagens virais aparecessem, devido ao processo evolutivo dos vírus. O surgimento das linhagens virais é um processo natural, resultado do acúmulo de mutações ao longo do tempo em que

um vírus circula em uma população. No momento, milhares de variantes do SARS-CoV-2 estão em circulação no mundo e é esperado que muitas outras apareçam, caso a taxa de circulação viral não seja controlada.

Em um contexto de circulação viral mundial, a Vigilância Genômica mostra a sua importância para a saúde pública. No Brasil, desde 2000, é realizado o sequenciamento genômico para vírus respiratórios. Isso é parte de um esforço mundial coordenado pela OMS. Até Janeiro/2021, no Brasil, já foram identificadas 152 linhagens diferentes de SARS-CoV-2. Em Minas Gerais, já foram identificadas 11 linhagens diferentes.

A maioria das mutações não apresenta relevância do ponto de vista de virulência ou capacidade de transmissão, mas algumas mutações podem proporcionar ao vírus uma vantagem seletiva que proporciona maior transmissibilidade ou capacidade de evadir a resposta imune do hospedeiro, podendo causar reinfeção.

No momento, três variantes apresentam relevância clínica epidemiológica:

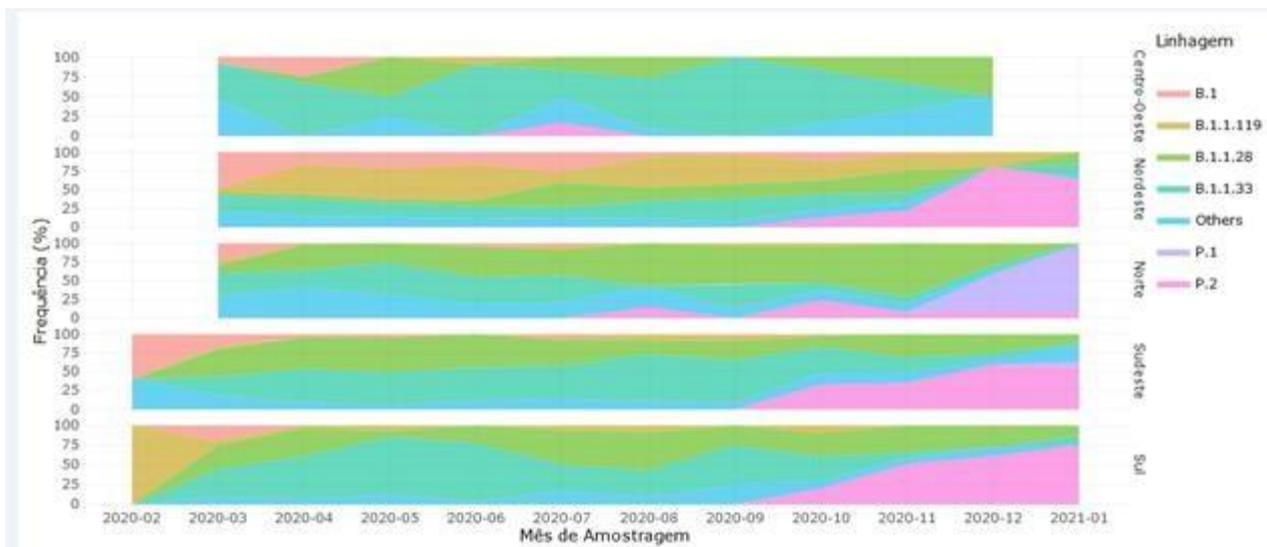
- VOC 202012/01, identificada inicialmente no Reino Unido, em Dezembro/2020 e, atualmente, em 62 países.

- 501Y.V2, identificada inicialmente na África do Sul, em Dezembro/2020 e, atualmente, em 30 países.

- P.1 linhagem B.1.1.28 ou B.1.1.28.1, identificada inicialmente no Japão, em Janeiro/2021, em pessoas provenientes de Manaus e que já foi identificada em mais 05 países.

Já foi demonstrado um aumento de potencial de transmissibilidade de 40% na variante VOC 202012/01. A variante 501Y.V2, identificada na África do Sul, também foi associada a maior transmissibilidade. Ainda não se sabe se as novas variantes causam doença mais grave ou são capazes de evasão da resposta vacinal das vacinas disponíveis até o momento.

No Brasil, a linhagem P1 foi identificada na Região Norte em Dezembro/2020 e, em 13/01/2021, foi identificada uma nova variante P1 (B.1.1.28.1) em um caso de possível reinfeção. Esta nova variante já foi identificada em 91% das amostras analisadas em Janeiro/2021 naquela região.



Fonte: Fiocruz

Novas variantes são problemas de saúde pública, pois podem potencializar a pandemia e podem tornar ineficazes as vacinas já desenvolvidas ou em desenvolvimento. A vigilância genômica dessas novas variantes, assim como o controle da transmissão viral, são as ferramentas mais eficazes para o diagnóstico e a prevenção da disseminação dessas novas linhagens virais.

● DEFINIÇÕES GERAIS

Seguem ainda algumas definições gerais, segundo o Protocolo de Infecção Humana pelo SARS-CoV-2 da SES/MG que auxiliam na análise e determinação dos casos suspeitos ou confirmados:

Febre

Considera-se febre temperatura acima de 37,8° C.

Alerta-se que a febre pode não estar presente em alguns casos como por exemplo: em pacientes jovens, idosos, imunossuprimidos ou que possam ter utilizado medicamento antitérmico. Nessas situações, a avaliação clínica deve ser levada em consideração e a decisão deve ser registrada na ficha de notificação.

Considerar a febre relatada pelo paciente, mesmo não mensurada.

Contato próximo de casos suspeitos ou confirmados de COVID-19

Para COVID-19, um contato próximo é definido como qualquer indivíduo que esteja a menos de 1,5 metros de uma pessoa infectada por pelo menos 15 minutos, a partir de 2 dias antes do início da doença (ou, para pacientes assintomáticos, 2 dias antes da coleta positiva da amostra) até 10 dias após a data de início dos sinais e/ou sintomas do caso confirmado.

São considerados contatos próximos:

- Pessoa que teve contato físico direto (por exemplo, apertando as mãos) com um caso confirmado;
- Pessoa que tenha contato direto desprotegido com secreções infecciosas (por exemplo, gotículas de tosse, contato sem proteção com tecido ou lenços de papel usados e que contenham secreções);
- Pessoa que esteve a menos de um metro e meio de distância, por um período mínimo de 15 minutos, com um caso confirmado;
- Pessoa que esteve em um ambiente fechado (por exemplo, sala de aula, sala de reunião, sala de espera de hospital, etc.) por 15 minutos ou mais e a uma distância inferior a dois metros;
- Profissional de saúde ou outra pessoa que cuide diretamente de um caso de COVID-19 ou trabalhadores de laboratório que manipulam amostras de um caso de COVID-19 sem EPI recomendado, ou com uma possível violação do EPI;
- Pessoa que seja contato domiciliar ou residente na mesma casa/ambiente (dormitórios, creches, alojamentos, dentre outros) de um caso confirmado.
- Passageiro de veículos de transportes terrestre e aéreo, de aeronave assentados no raio de dois assentos de distância (em qualquer direção) de um caso confirmado de COVID-19; acompanhantes ou cuidadores do caso; e os demais trabalhadores do veículo em que o caso estava sentado.

Observações:

A distância entre indivíduos inferior a 1,5 metros é considerada pela SES/MG como contato próximo. Segundo a OMS e a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), bem como a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, a distância a partir de um metro é segura para se evitar a transmissão da COVID-19 por gotículas inalatórias. Além disso, essa distância foi corroborada por meio da realização de revisão sistemática com metanálise (CHU, *et.al*, 2020) e por meio da atualização da Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 07/2020. **DESSA FORMA, ESSE PROTOCOLO IRÁ ADOTAR A DISTÂNCIA MÍNIMA SEGURA ENTRE INDIVÍDUOS, EM USO DE MÁSCARA DE PROTEÇÃO, DE NO MÍNIMO UM METRO.**

• NOTIFICAÇÕES DOS CASOS

Notificação compulsória imediata:

A doença causada pelo Coronavírus (COVID-19) constitui Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII). Assim, todo caso é de notificação compulsória IMEDIATA, ou seja, deve ser comunicado por profissional de saúde em até 24 horas, a partir da ocorrência de casos suspeitos, conforme determina a Resolução SES/MG nº. 6.532/2018. Dessa forma, devem ser notificados os doentes que manifestem quadro de Síndrome Gripal (SG) e Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG).

De acordo com a classificação de manejo clínico dos casos de Coronavírus no Protocolo Estadual (disponível em www.saude.mg.gov.br/coronavirus), os casos leves serão classificados como SG e os casos graves e internados serão classificados como SRAG.

- Casos leves de SG, suspeitos de COVID-19, deverão ser notificados no E-SUS VE: <https://notifica.saude.gov.br/login>, utilizando dados do instrumento on line (suporte ao notificador E-SUS Nofica: [hps://datasus.saude.gov.br/nofica/](https://datasus.saude.gov.br/nofica/))
- Casos graves e óbitos de SRAG, suspeitos de COVID-19, deverão ser notificados no SIVEP-Gripe, utilizando a Ficha de SRAG Hospitalizado (modelo disponível no SIGH). Para envio de amostras clínicas ao Laboratório Central de

Saúde Pública – LACEN/MG ou aos laboratórios parceiros, a mesma ficha deverá ser enviada junto com a amostra.

- **Unidades sentinelas:** As unidades sentinelas já existentes e as novas que foram implementadas, deverão seguir a rotina do SIVEP-Gripe, alimentando o sistema em relação a: Casos individuais; Atendimentos de Síndrome Gripal; Internações; Coleta de amostras. Os casos de Síndrome Gripal detectados nestes serviços também deverão ser notificados no E-SUS Notifica.
- **Surtos de Síndrome Gripal (SG) em comunidades/instituições fechadas –** MÓDULO SURTO do SINANNET com o CID J07 - (Síndrome Respiratória Aguda). Planilha de Notificação de Surto do SINAN-Net + Ficha Individual para cada caso com coleta.

FIGURA 1 - Esquema de notificação para casos suspeitos de COVID-19



Esquema de notificação/faturamento para casos suspeitos de COVID-19:

Os primeiros casos em Minas Gerais ocorreram em março de 2020, mas somente no final do mês, com vigência a partir de abril de 2020, foi criado o código de procedimento específico para faturamento COVID-19, vinculado a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde - CID específico. Ao longo de março as Unidades Assistenciais estavam lançando as internações por suspeita de COVID-19, utilizando os vários CID's relacionados a Síndromes Respiratórias Agudas Grave – SARS.

A partir de abril de 2020, todas as unidades hospitalares de Minas Gerais foram orientadas a utilizar os CIDs:

- B342 - Infecção por Coronavírus de localização não especificada
- B972 - Coronavírus, como causa de doenças classificadas em outros capítulos
- J11 - Influenza (gripe) devida a vírus não identificado
- J110 - Influenza [gripe] com pneumonia, devida a vírus não identificado
- J111 - Influenza [gripe] com outras manifestações respiratórias, devida a vírus não identificado
- J118 - Influenza [gripe] com outras manifestações, devida a vírus não identificado
- Z20 - Doenças transmissíveis
- Z208 - Contato com e exposição a outras doenças transmissíveis
- Z209 - Contato com e exposição à doença transmissível não especificada
- U049 - Síndrome respiratória aguda grave [Severe acute respiratory syndrome) [SARS], não especificada
- U071 - Infecção pelo novo Coronavírus 2019 NCOV

Destaca-se que para fins de avaliação de internações relacionadas à COVID-19 o Centro de Operações de Emergência em Saúde – COES/MG e demais estruturas oficiais de monitoramento epidemiológico estão considerando as ocupações pelos CID's **B342** - Infecção por Coronavírus de localização não especificada; **B972** - Corona vírus, como causa de doenças classificadas em outros capítulos; e **U071** - Infecção pelo novo Coronavírus 2019 NCOV. **Ainda, para fins de faturamento, somente o CID B342 tem procedimento vinculado para recebimento dos valores de internação específicos para COVID.**

Neste contexto, torna-se imprescindível que todas as Unidades Assistenciais que admitam pacientes com suspeita de COVID-19 ou confirmados, devem registrar tais internações com os CIDs B342 ou B972 ou U071. Assim que o caso for confirmado, por achados clínicos ou laboratoriais, o CID deve ser substituído para B342, já que será o único que permite o faturamento com valor diferenciado.

Ainda considerando o ajuste das informações, todas as Unidades Assistenciais devem utilizar o SUSFácilMG como sistema para registro das internações de pacientes, assim como transferências e, para tal, o cadastro dos pacientes deve utilizar os 3 (três) CID's supramencionados como específicos para COVID-19.

Toda movimentação inter-hospitalar de pacientes (entre alas e clínicas) também deve ser registrada no SUSFácilMG, por meio da atualização administrativa do Mapa de Leitos, para monitoramento tempestivo das Centrais de Regulação Estadual e Municipal. Destacamos que esta ação consta como obrigação contratual para todas as Unidades.

Havendo morte por doença respiratória suspeita para COVID-19, não confirmada por exames ao tempo do óbito, deverá ser consignado na Declaração de Óbito a descrição da causa *mortis* ou como “provável para COVID-19” ou “suspeito para COVID- 19”.

- **TRANSMISSÃO**

Período de incubação: média de cinco a seis dias, podendo chegar a 14 dias, após a exposição.

Período de transmissibilidade: sete dias, em média, após o início dos sintomas (dados referentes aos surtos anteriores de Coronavírus). Dados preliminares do Novo Coronavírus (SARS-CoV2) sugerem que a transmissão possa ocorrer, mesmo sem o aparecimento de sinais e sintomas. Até o momento, não há informação suficiente de quantos dias antes do início dos sinais e sintomas o indivíduo infectado pode transmitir o vírus.

Modo de transmissão:

De acordo com a rede global de especialistas da OMS, respaldada por estudos de epidemiologia e virologia publicados recentemente, o SARS-CoV-2 é transmitido principalmente por gotículas respiratórias (expelidas durante a fala, tosse ou espirro) de pessoas sintomáticas para outras pessoas que estão em contato próximo (menos de 1 metro), pelo contato direto com a pessoa infectada ou por contato com objetos e superfícies contaminados. Além disso, têm-se acumulado evidências científicas do potencial de transmissão da COVID-19 por inalação do vírus através de partículas de aerossóis (partículas menores e mais leves que as gotículas), especialmente a curtas e médias distâncias (Morawaska; Milton, 2020). É importante lembrar que a transmissão por aerossóis já era reconhecida como de alto risco em situações que comumente podem gerar essas partículas em ambientes hospitalares, como por exemplo, durante a manipulação direta da via aérea, intubação e extubação de pacientes, em procedimentos de aspiração, etc. Dados de estudos clínicos que coletaram repetidas amostras biológicas de pacientes confirmados fornecem evidências de que o SARS-

CoV-2 se concentra mais no trato respiratório superior (nariz e garganta) durante o início da doença, ou seja, nos primeiros três dias a partir do início dos sintomas. Dados preliminares sugerem que as pessoas podem ser mais contagiosas durante o início dos sintomas comparadas à fase tardia da doença.

Formas de Transmissão:

Transmissão pré-sintomática:

Durante o período "pré-sintomático", algumas pessoas infectadas podem transmitir o vírus, portanto, a transmissão pré-sintomática ocorre, em geral, 48 horas antes do início dos sintomas. Existem evidências de que SARS-CoV-2 pode ser detectado de 1 a 4 dias antes do início dos sintomas da COVID-19 e que, portanto, pode ser transmitido no período pré-sintomático. Assim, é possível que pessoas infectadas com o SARS-CoV-2 possam transmitir o vírus antes que sintomas significativos se desenvolvam.

É importante reconhecer que a transmissão pré-sintomática também exige que o vírus se espalhe por meio de gotículas infecciosas, aerossóis (em situações especiais) ou pelo contato com superfícies contaminadas por essas gotículas.

Transmissão sintomática:

Por definição, um caso sintomático de COVID-19 é aquele que desenvolveu sinais e sintomas compatíveis com a infecção pelo vírus SARS-CoV-2. Dessa forma, a transmissão sintomática refere-se à transmissão de uma pessoa enquanto ela está apresentando sintomas. O SARS-CoV-2 é transmitido principalmente por pessoas sintomáticas e sua presença é mais alta no trato respiratório superior (nariz e garganta) no início do curso da doença, principalmente a partir do terceiro dia após o início dos sintomas. Porém, resultados de testes de reação em cadeia da polimerase (PCR) podem apresentar-se positivos para SARS-CoV-2 desde os primeiros sinais e sintomas.

Transmissão assintomática:

Um caso assintomático caracteriza-se pela confirmação laboratorial do SARS-CoV-2 em um indivíduo que não desenvolve sintomas. O SARS-CoV-2 também pode ser transmitido por pessoas assintomáticas, assim, a transmissão assintomática refere-se à

transmissão do vírus de uma pessoa infectada, mas sem manifestação clínica da COVID-19.

● **PERCENTUAL DE CASOS E GRAVIDADE**

Embora a maioria das pessoas com COVID-19 tenha doença leve ou sem complicações (81%), algumas desenvolvem doenças graves que requerem oxigenoterapia (14%) e aproximadamente 5% exigirão tratamento em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Daqueles em estado crítico, a maioria exigirá ventilação mecânica. O diagnóstico mais comum em pacientes graves com COVID-19 é pneumonia grave (OMS, 2020).

Complicações/desfechos desfavoráveis mais comuns

- Síndrome Respiratória do Adulto Grave – SRAG;
- Lesão cardíaca aguda;
- Infecção secundária;
- hipercoagulabilidade (tromboembolismo venoso, trombose arterial e microangiopatia trombótica)
- Síndrome da coagulação intravascular disseminada;
- Piora nas condições clínicas de doença de base;
- Síndrome hemofagocítica ou “tempestade citocínica”;
- Ventilação mecânica.

Reconhecimento precoce

A identificação precoce da doença nas suas formas mais graves permite suporte otimizado, tratamento e encaminhamento rápido na admissão da enfermaria do hospital ou Unidade de Terapia Intensiva, conforme protocolos institucionais ou nacionais.

● **IDADE E COMORBIDADES**

Indivíduos de todas as faixas etárias são susceptíveis à COVID-19.

Idosos e portadores de doenças crônicas, como *diabetes mellitus*, hipertensão arterial, doenças pulmonares crônicas, câncer e doença renal crônica, apresentam maior probabilidade de desenvolverem formas graves da doença e necessitar de hospitalização e cuidados intensivos.

Ressalta-se que os idosos além dos sinais e sintomas de gravidade clássicos, como febre persistente, dispnéia, astenia importante e hipotensão, também podem

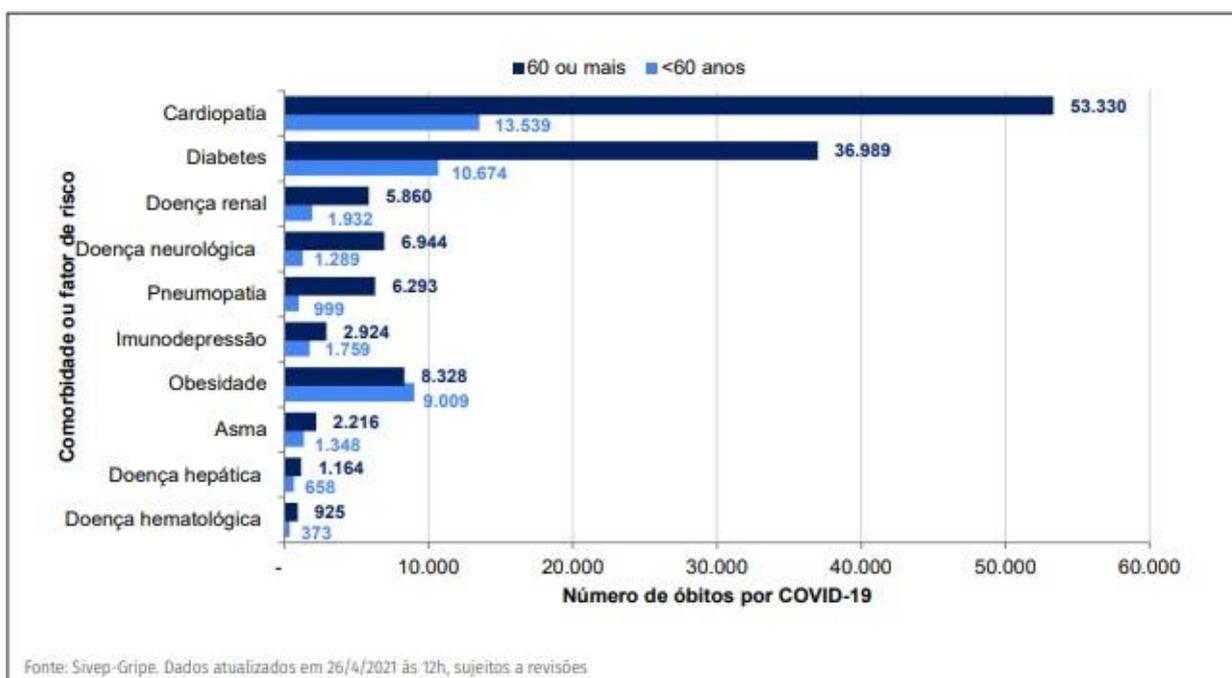
apresentar *delirium* (sonolência, confusão mental, agitação), piora da marcha, quedas de repetição e piora rápida do estado geral. Os idosos também cursam com a forma afebril mais frequentemente em relação aos adultos jovens.

Conforme dados epidemiológicos do ano de 2021 (semana epidemiológica 01 a 16, finalizada em 24/04/2021), fornecidos pelo MS, no Brasil, aproximadamente 51% das internações hospitalares de SRAG por COVID-19 são de idosos (acima de 60 anos).

No País, 69% dos óbitos por SRAG associada à COVID-19 são registrados em idosos, sendo 25% dos óbitos totais constantes na faixa etária entre 60 a 69 anos, 25% entre 70 a 79 anos, 16% entre 80 a 89 anos e 4% acima de 90 anos.

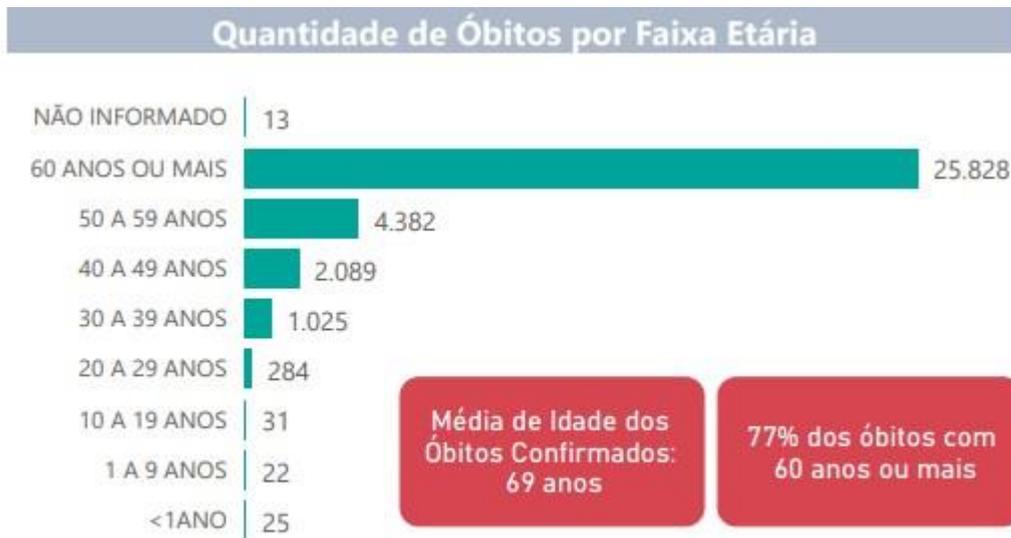
Dentre os óbitos de SRAG por COVID-19 notificados no Brasil no ano de 2021, 61% apresentavam pelo menos uma comorbidade ou fator de risco para a doença. Cardiopatias e diabetes foram as condições mais frequentes, sendo que a maior parte destes indivíduos que evoluíram ao óbito e apresentavam alguma comorbidade, possuíam 60 ou mais anos de idade, conforme gráfico abaixo:

Gráfico: Comorbidades e fatores de risco dos óbitos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) por COVID-19, 2021 até SE 5



Em Minas Gerais, até o momento, 77% dos óbitos ocorreram em indivíduos acima de 60 anos de idade. Do total de óbitos registrados no Estado, 69% ocorreram em indivíduos portadores de comorbidades.

Gráfico: Óbitos por faixa etária – MG



Fonte: Sala de Situação/SubVS/SES-MG; E-SUS VE; SIVEP-Gripe. Dados parciais, sujeitos a alterações.

Fonte: CIEVS-MG (dados até 30/04/2021)

Gráfico: Comorbidades e óbitos – MG



*Os casos que evoluíram a óbito podem ter mais de uma comorbidade.

CORONA VÍRUS

Fonte: CIEVS-MG (dados até 22/03/2021)

Pacientes pertencentes aos grupos de risco podem apresentar sintomas leves, mas possuem alto risco de piora do quadro clínico e devem ser avaliados e monitorados de perto.

Na Rede FHEMIG, conforme dados acumulados do Boletim Consolidado COVID- 19, foram atendidos, desde 21/01/2020, 12.370 pacientes suspeitos, dos quais 5.148 casos foram confirmados para a doença, havendo a ocorrência de 1007 óbitos confirmados até a data de 24 de abril de 2021.

O quadro a seguir lista as situações consideradas de maior risco para evolução para as formas graves da doença:

Quadro: Grupo de risco para evolução de formas graves da COVID-19

FATORES DE PIOR PROGNÓSTICO NA COVID-19		
CARACTERÍSTICA/ COMORBIDADE	OBSERVAÇÕES PARA MAIOR RISCO	REFERÊNCIA
Idade	Brasil ≥ 60 anos	CDC* Ministério da Saúde
Hipertensão arterial 16%*	Prevalente em estudos chineses, italianos e americanos; Aumento do risco de 2,5 x para pior evolução.	Hypertension and its severity or mortality in Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): a pooled analysis , ISSN: 1897-9483 Characteristics of COVID-19 patients dying in Italy. Clinical characteristics of 140 patients infected with SARSCoV-2 in Wuhan, China.
<i>Diabetes mellitus</i> 8%*	Prevalente em todos os estudos; Em um estudo, o risco foi maior tanto para pacientes utilizando hipoglicemiantes orais ou insulina.	https://doi.org/10.1002/dmrr.3319
Cardiopatias 12%*	Prevalente em todos os estudos; Cardiopatia isquêmica, fibrilação atrial, outras.	CDC*

<p>Doenças pulmonares 9%*</p>	<p>1- DPOC – aumento do risco de doença grave em 5 vezes. 2- Asma grave- uso de corticóides inalatórios, uso de corticóide oral contínuo ou em pulsos frequente, internação por asma no último ano, uso de biológicos, uso de outras medicações de controle como azitromicina ou tiotrópio. 3- outras pneumopatias crônicas – risco potencial maior de insuficiência respiratória.</p>	<p>Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia https://www.asthma.org.uk/advice/triggers/coronavirus-COVID-19/</p>
<p>Doenças reumatológicas</p>	<p>Os pacientes com doenças reumáticas e em uso de imunossupressores ou imunobiológicos podem possuir um risco maior em contrair infecção.</p>	<p>Sociedade Brasileira de Reumatologia</p>
<p>Neoplasias</p>	<p>Maior risco; Neoplasias hematológica, transplante de medula óssea e em pacientes com tratamento atual de quimioterapia.</p>	<p>Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica</p>
<p>Gestantes Grávidas em qualquer idade gestacional, puérperas até duas semanas após o parto (incluindo as que tiveram aborto ou perda fetal).</p>	<p>Aumento de risco não identificado até o momento; Porém há recomendação de distanciamento social para grávidas.</p>	<p>COVID-19: guidance on social distancing and for vulnerable people https://www.gov.uk/</p>

Doença renal crônica * 3%	Insuficiência renal crônica encontrada em 20% de pacientes graves em uma série de casos.	Characteristics of COVID-19 patients dying in Italy Report based on available data on March 20th, 2020** Sociedade Brasileira de Nefrologia
Tabagismo * 8%	Ainda que sem evidências robustas, o tabagismo foi associado com maior risco de morte. O compartilhamento do narguilé é também fator de risco para disseminação da doença.	INCA Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia
Obesidade	Geralmente associado a hipertensão, diabetes e cardiopatias; IMC > 40.	COVID-19: guidance on social distancing and for vulnerable people https://www.gov.uk/
Doenças neurológicas crônicas	Doença de Parkinson doença do neurônio motor, esclerose múltipla.	COVID-19: guidance on social distancing and for vulnerable people
HIV	Aconselha-se isolamento social.	COVID-19: guidance on social distancing and for vulnerable people
Outras doenças crônicas* 16%*	Doenças crônicas em geral são citadas em pacientes com pior evolução, porém ainda não é possível determinar riscos individuais. Doenças hematológicas, incluindo anemia falciforme. Imunossupressão associada a medicamentos (corticoide, quimioterápicos, inibidores de TNF-alfa), neoplasias, HIV/aids ou outros.	CDC* MS-março 2020- Protocolo de Manejo Clínico da COVID-19 na atenção especializada.

	<p>Hepatopatas: cirrose hepática, esquistossomose mansoni.</p> <p>Pacientes com tuberculose de todas as formas (há evidências de maior complicação e possibilidade de reativação).</p>	
--	--	--

O Ministério da Saúde considera também entre os grupos de risco: População Indígena aldeada ou com dificuldade de acesso; e indivíduos menores de 19 anos de idade em uso prolongado de ácido acetilsalicílico (risco de síndrome de *Reye*).

- **ESTRATIFICAÇÃO DOS QUADROS CLÍNICOS**

2.7.1 DOENÇA NÃO COMPLICADA: SINTOMAS INESPECÍFICOS DE DOENÇA VIRAL DE VIAS AÉREAS (DOENÇA LEVE)

Definição: Pacientes com infecção viral do trato respiratório superior sem complicações podem apresentar sintomas inespecíficos como: febre, fadiga, tosse (com ou sem produção de escarro), anorexia, mal-estar, dor muscular, dor de garganta, dispneia, congestão nasal ou dor de cabeça. Raramente, os pacientes também apresentam diarreia, náusea e vômito.

Idosos e imunodeprimidos podem apresentar sintomas atípicos.

Sintomas devido às adaptações fisiológicas da gravidez ou eventos adversos decorrentes da gestação, tais como dispneia, febre, sintomas gastrointestinais ou fadiga, podem se sobrepor aos sintomas da COVID-19.

Conduta: Para aqueles com doença leve, a hospitalização geralmente não é necessária, a menos que haja preocupação com deterioração rápida ou incapacidade de retornar imediatamente à Unidade de Saúde em casos de agravamento.

- Alta domiciliar para isolamento;
- Orientar a utilização de máscara cirúrgica durante o trajeto até o domicílio;
- Orientar sobre sinais de agravamento;
- Orientar sobre a permanência de isolamento social por 14 dias, juntamente com as pessoas que residem no mesmo endereço;

- Emitir prescrição médica de isolamento, acompanhada de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme § 4º do art. 3º da Portaria 356/GM/MS de 11 de março de 2020, e Termo de Declaração, contendo a relação das pessoas que residem ou trabalhem no mesmo endereço, conforme Portaria 454/GM/MS de 20 de março de 2020 (em anexo – já disponível no Sistema de Informação da FHEMIG);

- Notificar a doença nos sistemas oficiais, conforme exposto no item 2.3 deste Capítulo;

- Orientar ao paciente sobre o uso do TELESUS (<https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46633-ministerio-da-saude-fara-busca-ativa-de-informacoes-sobre-coronavirus>) a fim de ajudar no monitoramento da evolução do caso e, caso necessário, retornar à Unidade de atenção à saúde.

Manejo clínico: Tratamento sintomático.

Observação importante: Todos os pacientes que receberem alta durante os primeiros sete dias do início do quadro devem ser alertados para a possibilidade de piora tardia do quadro clínico e sinais de alerta de complicações como: aparecimento de febre (podendo haver casos iniciais afebris), elevação ou recrudescência de febre, sinais respiratórios (dor pleurítica, fadiga, dispneia) ou taquicardia.

A Infecção por Covid-19 não é de instalação abrupta. Diferente da influenza. A progressão para sintomas mais graves pode ocorrer de 1 a 2 semanas (média de 8 dias) para a instalação da dispnéia

2.7.2. PNEUMONIA LEVE

Definição:

Adultos: indivíduo com pneumonia, mas sem sinais de pneumonia grave e sem necessidade de oxigênio suplementar.

Crianças: indivíduo com pneumonia + tosse e/ou esforço respiratório + respiração rápida (respirações/min): < 2 meses: ≥ 60; 2-11 meses: ≥ 50; 1-5 anos: ≥ 40.

Conduta: Observação em unidade de urgência ou ambulatorial.

Manejo clínico:

Coleta de exames complementares para avaliação da gravidade da doença;

Imagem do tórax: raio x (RX) de tórax e/ou tomografia computadorizada (TC) de tórax;

Prescrever: oseltamivir, amoxicilina/clavulanato + azitromicina ou claritromicina quando indicados por suspeita de influenza ou infecção bacteriana concomitante.

Acompanhar evolução com vistas aos critérios de gravidade.

Obs: para a instalação de pneumonia a média é de 9 dias após o início dos sinais e sintomas

2.7.3.PNEUMONIA GRAVE

Definição:

Adolescente ou adulto: febre ou suspeita de infecção respiratória, além de pelo menos um dos seguintes sinais e sintomas: frequência respiratória (FR) > 30 respirações/min; grave dificuldade respiratória; ou saturação de O₂ (Sat.O₂) ≤ 93% no ar ambiente; frequência cardíaca (FC) > 120; sinal ou falência de órgão.

Criança: tosse ou dificuldade em respirar, além de pelo menos um dos seguintes sinais e sintomas: cianose central ou Sat.O₂ <90%; dificuldade respiratória grave (por exemplo, grunhidos, tiragem intercostal muito evidente); sinais de pneumonia juntamente com outro sinal de criticidade: incapacidade de amamentar ou beber, letargia, inconsciência ou convulsões. Outros sinais de pneumonia podem estar presentes: tiragem intercostal, respiração rápida (respirações/min): <2 meses: ≥ 60; 2-11 meses: ≥ 50; 1 a 5 anos: ≥ 40. Enquanto o diagnóstico é feito em campo clínico, a imagem torácica pode identificar ou excluir algumas complicações pulmonares.

Conduta: Internação hospitalar ou Unidade de Terapia Intensiva.

Manejo clínico:

Coleta de exames complementares para avaliação da gravidade da doença;

Imagem do tórax: RX de tórax e/ou TC de tórax;

Prescrever: oseltamivir, amoxicilina/clavulanato + azitromicina ou claritromicina quando indicados por suspeita de influenza ou infecção bacteriana;

Uso preventivo de anticoagulantes quando não houver contra indicação.

Corticóide por 7 a 10 dias.

Acompanhar evolução com vistas aos critérios de gravidade.

2.7.4. SÍNDROME RESPIRATÓRIA DO ADULTO GRAVE - SRAG

Definição:

Indivíduo de qualquer idade com Síndrome Gripal (febre, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta e com início dos sintomas nos últimos sete dias) e que apresente dispneia ou SatO₂ < 95% ou desconforto respiratório.

Início: dentro de uma semana após comprometimento clínico conhecido ou sintomas respiratórios novos ou agravados.

Imagem do tórax (radiografia, tomografia computadorizada): opacidades bilaterais, não totalmente explicadas por sobrecarga de volume, atelectasia lobar ou nódulos/massas.

Origem dos infiltrados pulmonares: insuficiência respiratória não totalmente explicada por insuficiência cardíaca ou sobrecarga de líquidos. Necessita de avaliação objetiva (por exemplo, ecocardiografia) para excluir a causa hidrostática de infiltrados/edema, se nenhum fator de risco estiver presente.

Conduta: Abordagem em Unidade de Terapia Intensiva

Manejo clínico: Conforme descrito no Capítulo 3 deste Protocolo.

2.7.5 SEPSE

Definição:

Adultos: disfunção orgânica com risco de vida causada por resposta desregulada do hospedeiro a infecção suspeita ou comprovada. Os sinais de disfunção orgânica incluem: estado mental alterado, respiração difícil ou rápida, baixa saturação de oxigênio, redução na produção de urina, ritmo cardíaco acelerado, pulso fraco, extremidades frias ou pressão arterial baixa, manchas na pele ou evidência laboratorial de coagulopatia, trombocitopenia, acidose, lactato alto ou hiperbilirrubinemia.

Crianças: infecção suspeita ou comprovada e dois ou mais critérios de síndrome da resposta inflamatória sistêmica, dos quais um deve ser temperatura anormal ou contagem de glóbulos brancos.

Conduta: Abordagem em Unidade de Terapia Intensiva

Manejo clínico: Conforme descrito no Capítulo 3 deste Protocolo. Consultar também o PC003 - Sepsis e Choque Séptico da FHEMIG.

2.7.6 CHOQUE SÉPTICO

Definição:

Adultos: hipotensão persistente apesar da ressuscitação volêmica, exigindo vasopressores para manter a Pressão Arterial Média (PAM) \geq 65 mmHg e nível de lactato sérico > 2 mmol/L.

Crianças: qualquer hipotensão (Pressão Arterial Sistêmica - PAS $<$ percentil 5 ou > 2 DP abaixo do normal para a idade) ou dois ou três dos seguintes sinais: estado mental alterado; taquicardia ou bradicardia (FC < 90 bpm ou > 160 bpm em bebês e FC < 70 bpm ou > 150 bpm em crianças); prolongada recarga capilar (> 2 s) ou pulso fraco; taquipneia; pele malhada ou fria; exantema petequial ou purpúrico; aumento de lactato; oligúria; hipertermia ou hipotermia.

Conduta: Abordagem em Unidade de Terapia Intensiva

Manejo clínico: Conforme descrito no Capítulo 3 deste Protocolo. Consultar também o PC003 - Sepse e Choque Séptico da FHEMIG.